

Aus der medizinischen Abteilung des Kantonsspital Chur
Chefarzt: PD. Dr. N. G. Markoff

Perigastritis deformans
nach linksseitigen Lungen- und Pleuraerkrankungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität
ZÜRICH

Vorgelegt von
ERNST MINDER
von Oberdorf (Baselland)

Genehmigt auf Antrag
von Prof. Dr. *W. Löffler* und PD. Dr. *N. G. Markoff*

Zürich 1954
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507227_0082

Aus der medizinischen Abteilung des Kantonsspital Chur
Chefarzt: PD. Dr. N. G. Markoff

**Perigastritis deformans
nach linksseitigen Lungen- und Pleuraerkrankungen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität
ZÜRICH

Vorgelegt von
ERNST MINDER
von Oberdorf (Baselland)

Genehmigt auf Antrag
von Prof. Dr. *W. Löffler* und PD. Dr. *N. G. Markoff*

Zürich 1954
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel



Sonderabdruck aus der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift
84. Jahrgang 1954, Nr. 6, Seite 189

1. Wesen und allgemeine Bedeutung der Perigastritis deformans

Mehrere Autoren, insbesondere *Feissly*, *Schlesinger*, *Schmieden*, *Schütze*, *Rieder* und *Zehbe* haben in den Jahren 1910–1911 eine spastische Dyspepsieform beschrieben, die vor allem durch röntgenologisch festgestellte Formveränderungen des Magens gekennzeichnet war und meist mit entzündlichen Adhäsionen einherging. Dieses später als Perigastritis bezeichnete Krankheitsbild ist in den folgenden Jahren völlig in den Hintergrund getreten. Erst in jüngster Zeit ist wieder verschiedentlich auf die in der Klinik zu wenig berücksichtigte Perigastritis deformans hingewiesen worden.

Im folgenden sollen Wesen und allgemeine Bedeutung der Perigastritis deformans kurz zusammengefaßt werden.

Klinisch ist die deformierende Perigastritis charakterisiert durch eine schmerzhaft, oft über Jahre sich hinziehende, spastische Dyspepsie, in deren Verlauf es meist zur Abmagerung des Patienten kommt. Typischerweise und im Gegensatz zum Ulcuskranken sind die Beschwerden des Perigastritikers ohne «Stundenplan». Der Verlauf ist ferner nicht durch einzelne Schübe gekennzeichnet, sondern durch ein ständiges Vorhandensein der lediglich in ihrer Intensität schwankenden Beschwerden. Dieser prinzipielle Unterschied zwischen Ulcus- und Perigastritisbeschwerden wird auch von *Gutmann* betont: «Der Perigastritiker leidet nicht wie ein Ulcuskranker, sondern wie ein Dyspeptiker».

Diese Dyspepsie äußert sich in Druck- und Völlegefühl im Epigastrium, im Gefühl des zu kleinen Magens, was wiederum zum Symptom des «Blocage alimentaire précoce» (*Roussel*) führt, jenem vorzeitigen Abbrechen der Mahlzeit nach wenigen Bissen, obschon der Patient sich hungrig zu Tische gesetzt hat. Gleichzeitig mit diesen epigastrischen Beschwerden treten häufig vegetative Störungen

gen in Form von Herzklopfen und Schweißausbrüchen auf. Oft kommt es zum Aufstoßen, Regurgitieren, ja sogar zum Erbrechen von geringen Mengen Mageninhalt ohne Gallebeimischung. Wie schon erwähnt, handelt es sich bei der Perigastritis um eine spastische, d. h. mit krampfartigen Schmerzen einhergehende Dyspepsie. Dabei sind die Schmerzen nicht nur abhängig von der Nahrungsaufnahme, sondern sehr häufig spielt die Lage bzw. Stellung des Patienten eine ganz wesentliche Rolle. Ein weiteres, fast regelmäßig vorhandenes Symptom ist eine chronische Obstipation. Die Abmagerung erklärt sich aus den bereits genannten Symptomen. Störungen der Magenentleerung finden wir als Folge der Perigastritis der distalen Magenabschnitte sowie auch in den seltenen Fällen der totalen Perigastritis, die von *Katsch* entsprechend der *Concretio cordis* als *Concretio ventriculi* bezeichnet worden ist.

Als ernsthafte Komplikation im Gefolge der Perigastritis deformans tritt nicht so selten eine akute, unter Umständen recht massive Magenblutung auf, indem es infolge von Adhäsionen zur Drosselung und schließlich zum Platzen eines Gefäßes kommen kann.

Die *pathologisch-anatomische Grundlage* der perigastritischen Veränderungen bilden entzündliche Serosareaktionen, die entweder von Anfang an ihren Sitz in der Serosa bzw. dem subserösen Gewebe haben oder – wohl in der Mehrzahl der Fälle – von primären Schleimhautläsionen des Magens selbst oder von primären Veränderungen seiner Nachbarorgane ausgehen.

Je nach Ausdehnung und Intensität des entzündlichen Prozesses in der Serosa entstehen in der Folge alle Uebergänge von kleinen Verziehungen des Magens bzw. feinsten strangförmigen Briden, über breitere Verwachsungen zu diffusen flächenhaften Adhäsionen. Lokalisation und Ausdehnung sind bestimmend für die Art und den Grad der Formveränderung und damit auch für Charakter und Schwere der Funktionsstörung.

Aus der Vielfalt der möglichen Deformationen können wir entsprechend den drei häufigsten Lokalisationen – Cardiagegend, Hinterwand, pylorusnahes Gebiet der großen Kurvatur – drei spezielle Magenveränderungen herausgreifen, die in ihrem klinischen und röntgenologischen Bild typisch sind:

1. die Perigastritis der cardianahen Abschnitte mit Traktionsdivertikeln (klinisch: Gefühl des zu kleinen Magens);
2. den Kaskadenmagen;
3. die fixierte Magenptose.

Die *röntgenologische Symptomatologie* der Perigastritis kennt neben den genannten drei Sonderformen entsprechend der Mannig-

faltigkeit der pathologisch-anatomischen Veränderungen eine Vielzahl verschiedenster Befunde:

Wir sehen kleine Unregelmäßigkeiten der Magenkontur in allen Uebergängen zu mehr oder weniger ausgeprägten Formveränderungen bis zu grotesken Deformationen. Dementsprechend zeigen sich bei der Röntgenuntersuchung verschieden stark ausgeprägte Funktionsstörungen im Sinne von Füllungs- oder Entleerungsbehinderung; in extremen Fällen liegt ein Stenosebild vor.

Nach der Lokalisation der perigastritischen Veränderungen können folgende Formen unterschieden werden:

1. Die Perigastritis der kleinen Magenkurvatur, welche im allgemeinen durch Verwachsungen der letzteren mit der Leber gekennzeichnet ist.

2. Die Antrumperigastritis mit Adhäsionen vom Antrum gegen die Unterfläche der Leber und gegen die Gallenblase, bisweilen auch gegen die vordere Bauchwand. Bei dieser Form sind Entleerungsbehinderungen des Magens eine häufige Erscheinung.

3. Die Perigastritis deformans posterior mit Verwachsungen der hinteren Magenwand, welche in ausgeprägten Fällen häufig zum teilweisen oder sogar totalen Magenvolvulus oder zum organischen Kaskadenmagen führen.

4. Die seltene totale Perigastritis («Concretio ventriculi»), die auch als postoperative Komplikation beobachtet wird.

Die *Diagnose der Perigastritis* erfordert nebst den gewöhnlichen klinischen und röntgenologischen Untersuchungen die gezielte Anwendung spezieller Methoden. Es kommen vor allem die Pharmakoradiographie (Albot, Porcher, Rasmussen), die Gastroskopie und Laparoskopie (Debray) in Frage, ferner auch die Luftinsufflation des Magens, eventuell in Kombination mit dem Pneumoperitoneum (Engel, Gutmann, Lysholm, Porcher), und das Retro-pneumoperitoneum im Verein mit der Tomographie. Der Einsatz dieser Methoden ermöglicht die Unterscheidung der primären Perigastritis, welcher eine Tuberkulose oder Lues zugrunde liegt, von den zahlenmäßig weitaus überwiegenden sekundären Formen. Diese letzteren entstehen im Gefolge einer anderen Grundkrankheit, sei es im Verlaufe eines Ulcus ventriculi, einer Gastritis, einer Pancreatitis, Colitis oder Cholecystitis. Dabei überdecken die Perigastritissymptome allmählich immer mehr das ursprüngliche Bild des Grundleidens und treten schließlich völlig in den Vordergrund des klinischen Geschehens.

Die *Differentialdiagnose der Perigastritis* muß sich mit einer Anzahl verschiedener Magenveränderungen auseinandersetzen.

Karzinom und Ulcus des Magens, besonders das Ulcus mit gedeckter Perforation, gehen häufig mit deformierenden Perigastritiden einher und spielen deshalb differentialdiagnostisch eine Rolle.

Der Sanduhrmagen muß gegen den organischen Kaskadenmagen abgegrenzt werden. Der letztere besteht aus zwei hypotonen Taschenbildungen, welche von den perigastritischen Veränderungen begrenzt sind; der Sanduhrmagen zeigt im Gegensatz dazu einen oralen hypertonen und einen aboralen hypotonen Anteil.

Nervös-reflektorisch bedingte spastische Veränderungen, wie sie besonders beim Ulcus ventriculi vorkommen, sind von den organischen Deformationen der Perigastritis leicht zu trennen.

Die echten und falschen Divertikel des Magens sind durch Wandschwäche bedingte sackförmige Ausstülpungen. Im Gegensatz dazu sind die perigastritischen Traktionsdivertikel durch Narbenzug entstandene Taschenbildungen der Magenwand. Wenn das Magendivertikel durch eine hinzutretende Entzündung (Diverticulitis, Peridiverticulitis) kompliziert wird, wodurch mehr oder weniger ausgeprägte Verziehungen zustande kommen, so kann die Differentialdiagnose gegenüber dem perigastritischen Traktionsdivertikel schwierig oder unmöglich sein.

Die klinische Symptomatologie des Magendivertikels entspricht derjenigen der Perigastritis. Die Diagnose des Magendivertikels muß röntgenologisch und gastroskopisch gestellt werden.

Die *Therapie der Perigastritis* umfaßt konservative und chirurgische Maßnahmen. Diätetisch sind häufige kleine Mahlzeiten vorteilhaft, wobei blähende Speisen möglichst vermieden werden sollen. In vielen Fällen werden die Beschwerden durch Kataplasmen und Verabreichung von Spasmolytica günstig beeinflusst. Oft führt eine gewöhnliche Gastritistherapie zum Ziele, da es sich nach *Katsch* häufig um Endomyoperigastritiden handelt.

In Frankreich wird im Hinblick auf den Einfluß des vegetativen Nervensystems bei perigastritischen Beschwerden auch die Anästhesie des Splanchnicus angewendet. Neuerdings empfehlen französische Autoren (*G. Morin* und *A. Busson*) die Röntgenbestrahlung, welche bei einem Teil der Fälle zu einer Besserung führte.

Die *Prognose der Perigastritis* kann nicht generell gestellt werden; sie ist im Einzelfalle abhängig von der Lokalisation und der Schwere der Veränderungen.

Die *Bedeutung der Perigastritis* liegt in erster Linie in der Objektivierung von Oberbauchbeschwerden, die weder durch ein Ulcus noch durch eine Gastritis oder ein Karzinom bedingt sind, zweitens

in der Abgrenzung gegenüber dem Ulcus und besonders dem Magenkarzinom. Entsprechend den weiter unten angeführten mannigfachen ätiologischen Faktoren ist sie ferner ein wichtiger Hinweis auf pathologische Prozesse, welche sich an den Nachbarorganen des Magens abspielen, wobei entzündliche Veränderungen des Pankreas im Vordergrund stehen. Schließlich sei auch hier die Bedeutung der Perigastritis als Ursache von massiven oberen Magen-darmblutungen betont.

Aetiologisch unterscheiden wir bei der Perigastritis gastrale und extragastrale Ursachen. Als gastrale Ursachen kennen wir die Gastritis, das Ulcus, das Karzinom, die Divertikel mit Diverticulitis. Zu den extragastralen Ursachen zählen Pancreatitis, Cholecystitis, Colitis, Diverticulitis, Lymphadenitis, Periduodenitis. Dazu kommen die postoperative, traumatische und die kongenitale Aetiologie.

Eine weitere, im allgemeinen wenig beachtete, aber wichtige Ursache bilden linksseitige Lungen- und Pleuraerkrankungen.

2. Die Perigastritis deformans nach linksseitigen Lungen- und Pleuraerkrankungen

Die schematische Skizze (Abb. 1) zeigt die unter normalen anatomischen Verhältnissen nahen topographischen Beziehungen zwischen den linksseitigen basalen Lungenpartien einerseits und Magenfundus und Cardia anderseits. Das dazwischen gelagerte Zwerchfell ist reichlich mit Lymphgefäßnetzen versorgt, die mit den Lymphgefäßen der Pleura und des Peritoneums in Verbindung stehen. Entzündliche Prozesse können daher leicht auf dem Lymphwege von der Pleurahöhle auf die Peritonäalhöhle übergreifen, indem sie das Zwerchfell durchsetzen. Natürlich ist derselbe Vorgang in gleicher Weise auch in der umgekehrten Richtung möglich. Als Beispiele hierfür seien die linksseitige Pleuritis bei Pancreatitis und der entzündliche Pleuraerguß rechts bei der sogenannten respiratorischen Form der eitrigen Cholecystitis erwähnt.

Auf die Zusammenhänge zwischen linksseitigen Zwerchfellanomalien und Magendeformationen sowie auf die Bedeutung pleuropulmonaler Prozesse für das Zustandekommen perigastritischer Veränderungen ist von *Gutmann* u. a. hingewiesen worden.

Im folgenden werden vier eigene Beobachtungen geschildert, bei welchen der Zusammenhang zwischen den linksseitigen entzündlichen Lungen- und Pleuraaffektionen und den nachfolgenden perigastritischen Veränderungen besonders eindrucklich ist.

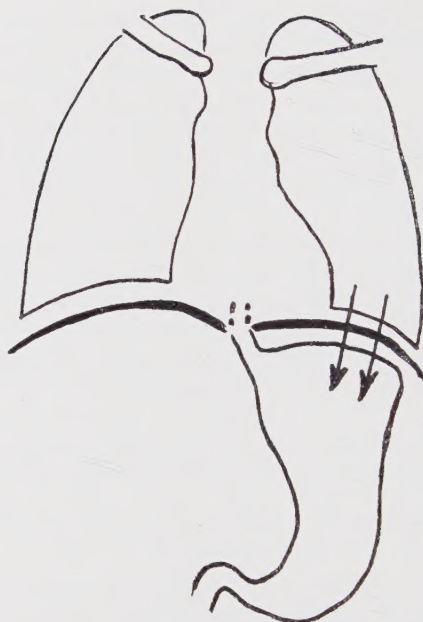


Abb. 1. Schematische Darstellung der topographischen Beziehungen zwischen linker Lungenbasis, Zwerchfell und Magenfundus. Die Pfeile markieren den Ausbreitungsweg entzündlicher pleuro-pulmonaler Prozesse von der Brusthöhle gegen die Bauchhöhle hin.

Beobachtung 1. 63jähr. Hausfrau, V. P. Als Kind Keuchhusten. Mit 18 Jahren erste schwere Bronchitis, von da an dauernd mehr oder weniger Husten mit reichlich Auswurf. Mit 28 Jahren (1918) Grippe mit Bronchopneumonie. Mit 48 Jahren erneut Bronchopneumonie. Seither jedes Jahr 2–3mal schwere Bronchitiden mit bronchopneumonischen Schüben. Allmorgendlich maulvolle Expectoration von typischem Bronchiektasensputum.

Im Oktober 1953 (im 62. Altersjahr der Patientin) Auftreten von zunehmenden Magenbeschwerden: Druck- und Völlegefühl im Epigastrium, oft im Verein mit Herzklopfen und Schwindelgefühl. Gefühl des zu kleinen Magens mit «Blocage alimentaire précoce». Hin und wieder kommt es zum Erbrechen kleiner Speisemengen.

Spitaleintritt am 19. Januar 1953.

Befund: Auffallend reduzierter Ernährungs- und Allgemeinzustand. Klinisch schwerer Befund von Bronchiektasen des linken Lungenunterlappens. Abdomen palpatorisch normal. Benzidinreaktionen im Stuhl negativ. Blutverhältnisse, abgesehen von einer Leukocytose von 11 000, normal. Blutsenkung 32/44 mm. Keine Anhaltspunkte für Pancreas- oder Gallenwegserkrankung.

Röntgenbefunde: Thoraxbild (Abb. 2): Deutliche Schrumpfung der linken Thoraxhälfte mit Verziehung des Mediastinums nach links. Die linke Lunge zeigt eine von oben nach unten zunehmende fleckig-streifige Verschattung, welche im Unterfeld in eine diffuse Verschattung übergeht, so daß die Grenze zum Zwerchfell nicht erkennbar ist. Die Röntgenuntersuchung des Magens ergibt einen deformierten Angelhakenmagen. Der Fundus ist durch Fixation am Zwerchfell in die Höhe gezogen. Der ganze Magen ist im Sinne des Uhrzeigers um seine Längsachse gedreht, so daß die Cardia an atypischer Stelle von hinten in den Magen einmündet (Abb. 3).

Antrum und Bulbus duodeni sind mit der kleinen Kurvatur fest verwachsen. Keine Anhaltspunkte für Gastritis, Ulcus oder Tumor.

Epikrise. Die Patientin leidet seit ihrer Jugend an schweren Bronchiektasen des linken Lungenunterlappens mit häufig recidivierenden Bronchitiden und bronchopneumonischen Schüben. Im Alter von 62 Jahren treten zunehmende Magenbeschwerden auf, die sich allmählich zum Vollbild der spastischen Dyspepsie mit erheblicher Abmagerung und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens steigern. Die röntgenologische Abklärung ergibt eine aus-

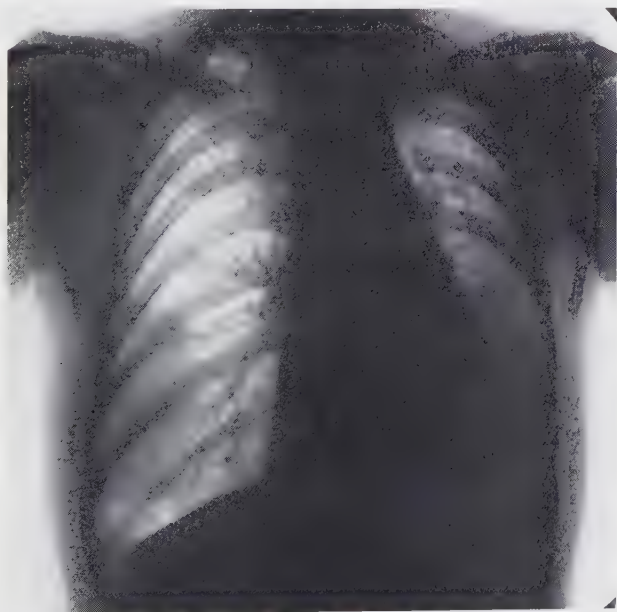


Abb. 2. Schrumpfung der linken Thoraxhälfte mit Verziehung des Mediastinums nach links und totaler Verschattung des Unterfeldes bei schweren Bronchiektasen des linken Unterlappens mit häufig recidivierenden bronchopneumonischen Schüben.



Abb. 3. Perigastritis deformans mit Fixation des Magenfundus am Zwerchfell. Gleiche Beobachtung wie in Abb. 2.

geprägte *deformierende Perigastritis*, welche besonders durch die *Fixation des Magenfundus am Zwerchfell* und eine *partielle Torsion des Magens* um seine Längsachse charakterisiert ist. Daneben bestehen Verwachsungen im Bereiche von Antrum und kleiner Kurvatur. Als *Ursache* bzw. Ausgangspunkt der perigastritischen Veränderungen finden wir *schwere Bronchiektasien des linken Lungenunterlappens*. Im Verlaufe der wiederholten Bronchopneumonien mit Begleitpleuritiden hat der entzündliche Prozeß auf die benach-

barte Bauchhöhle übergriffen und zu den perigastritischen Veränderungen am Magen geführt.

Beobachtung 2. 47-jähriger Versicherungsinspektor, C. C.: Nie irgendwelche Magenbeschwerden. 1945 schwere linksseitige Pneumonie mit anschließendem metapneumonischem Empyem (Abb. 4). Thorakotomie. In der Folge Auftreten einer inneren Fistel mit anschließender Lungenangrän. Unter Penicillin und Punktionsbehandlung kommt es zur Abheilung mit ausgeprägten pleuritischen Residuen mit Verziehung des Zwerchfells nach lateral oben. Schon einige Monate nach Spitalentlassung treten Oberbauchbeschwerden auf in Form von Druck- und Völlegefühl in der Magengegend und zeitweisen krampfartigen gürtelförmigen Schmerzen in Zwerchfellhöhe. Gleichzeitig stellt sich eine hartnäckige Obstipation ein. Die Beschwerden wechseln in den folgenden Jahren zeitweise in ihrer Intensität, verlieren sich aber nie ganz. Gewichtsabnahme.

1952 entschließt sich der Patient während einer Periode vermehrter Beschwerden, wobei es bisweilen zum Erbrechen kleiner Speisemengen kommt, zur ambulanten Magenkontrolle.

Befund: Abdomen palpatorisch o. B. Magensaft normacid. Die Thoraxdurchleuchtung zeigt den Status nach Pleuraempyem links mit starker Verziehung des Zwerchfells nach lateral oben und vollständiger Obliteration des Sinus phrenicocostalis. Bei der Breifüllung des Magens (Abb. 5) füllt sich zunächst eine faustgroße sackförmige Ausbuchtung der kleinen

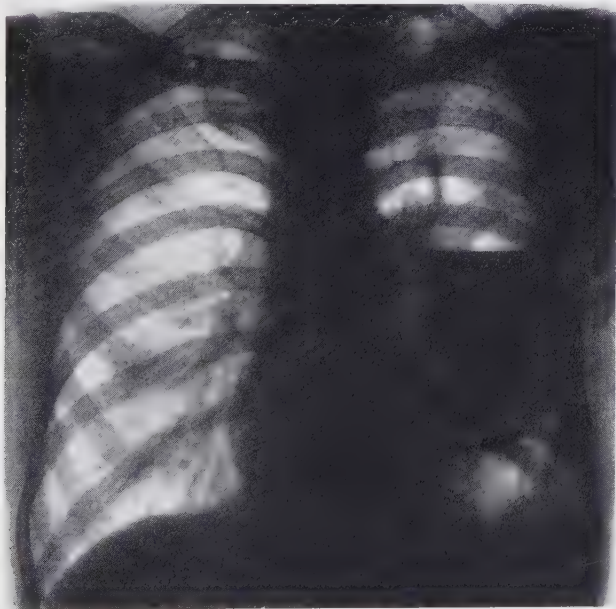


Abb. 4. Metapneumonisches Empyem links. Status nach Thorakotomie.



Abb. 5. Gleiche Beobachtung wie in Abb. 4, 7 Jahre später. Schwere Perigastritis deformans mit adhäsiver Verziehung des Magenfundus nach links oben gegen das Zwerchfell unter Ausbildung eines faustgroßen Pseudo-divertikels.

Kurvatur unterhalb der Cardia, und erst nach Auffüllung dieses Sackes entleert sich der Brei nach lateral und hinten in das Corpus ventriculi. Der Magenfundus ist deformiert und nach links oben gegen das Zwerchfell verzogen.

In der Folge konnten die Beschwerden durch diätetische Maßnahmen (häufigere kleine Mahlzeiten, Vermeidung blähender Speisen) gemildert werden.

Epikrise. Einige Monate im Anschluß an ein durch innere Fistel mit Lungenabszeß kompliziertes metapneumonisches Empyem links (1945) treten Oberbauchbeschwerden im Sinne einer spastischen Dyspepsie auf. Bei dem jahrelangen Verlauf lassen sich Perioden starker oder weniger intensiver Beschwerden unterscheiden, doch besteht nie völlige Beschwerdefreiheit. Bisweilen kommt es zu krampfartigen Schmerzen mit Erbrechen kleiner Speisemengen. Die Röntgenuntersuchung im Jahre 1953 zeigt eine offenbar durch das vor 7 Jahren durchgemachte *Pleuraempyem* verursachte, ausgeprägte *Perigastritis deformans* mit *adhäsiver Verziehung des Magenfundus nach links oben gegen das Zwerchfell*; die hierdurch bedingte Knickung hat zur Bildung eines faustgroßen *Pseudodivertikels* geführt.

Beobachtung 3. 44jährige Hausfrau, N. B.: Mit 8 Jahren (1916) Brustfellentzündung links. Habe in der Folge als älteres Schulkind und dann auch in späteren Jahren einen «etwas empfindlichen Magen» gehabt, was sich bisweilen im «Aufliegen von Speisen» geäußert habe. Sonst keine Beschwerden. 1926 Appendektomie. 1951 erstmals nach rechts ausstrahlende Oberbauchschmerzen. 1952, 14 Tage vor Spitaleintritt, Steigerung der Schmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken und retrosternal. Gefühl des zu kleinen Magens.

Befund: Temperatur normal. Normale Blutverhältnisse. Benzinreaktion im Stuhl negativ. Cholecystogramm und Duodenalsondierung normal. Röntgenbefund vom 22. Februar 1952 (Abb. 6): Das linke Zwerchfell steht hoch und ist bei der Atmung kaum beweglich, Sinus phrenicocostalis obliteriert, im Bereich der Kuppe 2 ausgeprägte Zwerchfellzacken. Magen deformiert mit birn großem Pseudodivertikel an der kleinen Kurvatur. Magenfundus hochgezogen und mit der Zwerchfellunterfläche verwachsen. Distal von der Pseudodivertikelbasis kleine erbsgroße Nische.

Ergebnis: Ausgeprägte pleuritische Residuen mit Zwerchfellhochstand links. Perigastritis deformans mit Ausbildung eines birnförmigen Pseudodivertikels der Cardiagegend. Perigastritische Verwachsungen im Bereiche des Magenfundus, besonders an der großen Kurvatur. Kein sicheres Ulcus. Nachuntersuchungen im Mai und Oktober 1952 ergeben den gleichen Befund bei sehr geringen Beschwerden.

Epikrise. Mit 8 Jahren hat die Patientin eine linksseitige Brustfellentzündung durchgemacht. Als älteres Schulkind und später bereits geringe Magenbeschwerden, die sich in gelegentlichem «Aufliegen von Speisen» bemerkbar machten. Mit 43 Jahren treten ausgeprägtere Oberbauchbeschwerden auf, die sich über ein Jahr hinziehen und allmählich zum Bilde der spastischen Dyspepsie führen. Die Untersuchung ergibt eine *ausgeprägte Perigastritis de-*



Abb. 6. Perigastritis deformans mit Fixation des Magenfundus am Zwerchfell und birnformigem Pseudodivertikel der Cardia-gegend. Deutliche pleuritische Residuen im Bereiche der Zwerchfellkuppe.

formans der kleinen und großen Magenkurvatur mit cardianahem *Pseudodivertikel*. Als Ausgangspunkt der perigastritischen Veränderungen zeigen sich ausgesprochene *pleuritische Residuen links mit*

Hochstand des Zwerchfells, an dessen Unterfläche der Magenfundus adhärenz ist.

Beobachtung 4. 38jährige Hausfrau, A. E.: Mit 13 Jahren «Lungenkatarrh» mit Vergrößerung der Lungendrüsen links. Zwischen 16 und 18 Jahren treten erstmals Magenbeschwerden auf, die sich in Druck- und Völlegefühl in der Magengegend und zeitweisem Aufstoßen äußern. Nie Erbrechen. Wenn sich die Patientin bückt, hat sie das bestimmte Gefühl, daß der Magen «hinaufrutsche und gegen das Herz drücke». Leichte Obstipation. Keine Gewichtsabnahme. Während der vier Schwangerschaften in den Jahren 1946–1950 sind die Symptome deutlich akzentuiert.

Eine ambulante Röntgenuntersuchung im Mai 1953 ergibt bei negativem Palpationsbefund des Abdomens folgendes: Pleuritische Residuen links basal (Abb. 7, Skizze). Oesophagus normal. Kein Hiatusbruch. Magen (Abb. 8) kaskadenförmig deformiert mit großer sackartiger Bildung im Bereiche des Fundus. Uebrige Magenabschnitte normal.

Ergebnis: Lokalisierte Perigastritis mit Ausbildung eines Kaskadenmagens.

Epikrise. Drei Jahre im Anschluß an einen «Lungenkatarrh» mit linksseitiger Hilusdrüsenanschwellung entwickelt sich ein Oberbauchsyndrom, das durch Druck- und Völlegefühl in der Magengegend sowie durch zeitweises Aufstoßen gekennzeichnet ist. Die bemerkenswerte Angabe der Patientin, daß sie beim Bücken das Gefühl habe, «der Magen rutsche hinauf und drücke auf das Herz», läßt an einen Hiatusbruch denken. Das Krankheitsbild ist charakterisiert durch einen jahrzehntelangen Verlauf ohne Progredienz. Zu einer deutlichen Akzentuierung der Beschwerden kommt es jeweils während der Schwangerschaften. Die Röntgenuntersuchung im Mai 1953 (nach 37jähriger Dauer der Beschwerden) zeigt einen durch

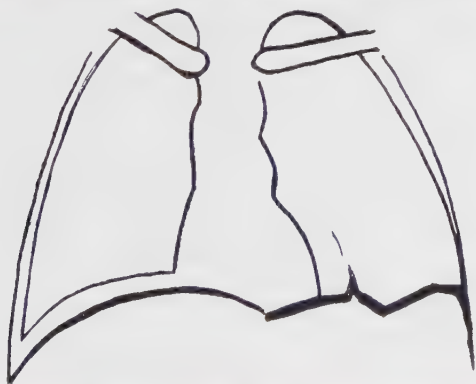


Abb. 7. Schematische Darstellung des Durchleuchtungsbefundes von Beobachtung 4: Pleuritische Residuen links mit Zwerchfellzacke und Obliteration des Sinus.



Abb. 8. Perigastritis deformans mit Ausbildung eines organischen Kaskadenmagens (seitliche Aufnahme). Gleiche Beobachtung wie in Abb. 7.

eine *lokalisierte Perigastritis bedingten Kaskadenmagen*, während die *pleuritischen Residuen links basal* noch den ursprünglichen Ausgangspunkt der Entzündung markieren.

Zusammenfassung. Zunächst wird das allgemeine Krankheitsbild der Perigastritis deformans beschrieben und in seiner klinischen Bedeutung gewürdigt. Sodann wird an Hand von 4 eigenen Fällen auf die ursächliche Bedeutung pleuro-pulmonaler Prozesse für die Entstehung perigastritischer Veränderungen hingewiesen. Die geschilderten Beobachtungen zeigen alle die gleiche Krankheitsentwicklung. Diese ist charakterisiert durch eine primäre pleuro-

pulmonale Affektion (Bronchiektasien, Empyem, Pleuritiden) bei völligem Fehlen von Magenbeschwerden. Dann tritt allmählich, nach einem beschwerdefreien Intervall von einigen Monaten bis mehreren Jahren, eine Magenerkrankung mit den subjektiven und objektiven Symptomen der Perigastritis in den Vordergrund. Die Untersuchungsbefunde sind sehr ausgeprägt, vor allem bedingt durch adhäsive Veränderungen im Fundusgebiet, welche mit Deformationen und zum Teil erheblichen Funktionsstörungen einhergehen. Es handelt sich bei dem Magenleiden um eine typische Folgekrankheit des ursprünglich pulmonalen bzw. pleuralen Prozesses. In allen Fällen waren im Zeitpunkt der Untersuchung keine Zeichen aktiver Tuberkulose nachweisbar. Es dürfte somit für diese spezielle Form der deformierenden Perigastritis eine vorausgegangene pulmonale oder pleurale Erkrankung des linken Brustraumes den wesentlichen ätiologischen Faktor darstellen.

Akerlund, A.: Acta radiol. (Stockh.) **2**, 476 (1923). – *Albot, G.*: Arch. Mal. Appar. dig. **10/12** (1945). – *Brown, C. H.*, *Bissonete, R.*, und *Albee, D.*: Gastroenterology **12**, 1 (1949). – *Buetti, C.*, und *Loustalot, P.*: Radiol. clin. (Basel) **19**, 65 (1950). – *Feissly*: Fortschr. Röntgenstr. **22**, (1922). *Feldmann, M.*: Gastroenterology **14**, 201 (1950). – *Gutmann, R.*: Les Syndromes douloureux de la Région épigastrique. Doin, Paris 1952. – *Harris, M.*: J. Amer. med. Ass. **62**, 1211 (1914). – *Hillemand, J.*, *Gracia, J.*, und *Artisson*: Arch. Mal. Appar. dig. **27**, 801 und 919 (1937). – *Jenkinson, E.*, und *Lateier, R.*: Radiology **41**, 444 (1943); Amer. J. Roentgenol. **67**, 210 (1952). – *Katsch und Pickert*: Handb. d. inn. Med. 4. Aufl. **3**, 361 (1953). – *Lungmuss, F.*: Chirurg **21**, 457 (1950). – *Lüdin*: Gastroenterologia **78**, 93 (1952). *Lysholm und Engel*: Acta radiol. (Stockh.) **15**, 635. – *Markoff*: Helv. med. Acta **18**, 368 (1951); Gastroenterologia (Basel) **79**, 65 (1953). – *Morin, G.*, und *Busson, A.*: Sem. Hôp. Paris **22**, 225 (1953). – *Porcher, P.*, und *Sauvegrain, J.*: Encyclopédie médico-chirurgicale, Estomac-Intestin **19**, 9011 (1950). – *Ramond, Chène* und *Bergeret*: Maladies de l'estomac et du duodénum. Masson, Paris 1941. – *Rasmussen, Th.*: Nord. Med. **44**, 1563 (1950). – *Rieder*: Die Sanduhrformen des menschlichen Magens. Wiesbaden 1910. – *Rivers, A.*, *Stevens, G.*, und *Kirklin, B.*: Surg. Gynec. Obst. **60**, 106 (1935). – *Roussel, J.*: L'estomac en cascade. Masson, Paris 1952. – *Rouvière, H.*: Anatomie des Lymphatiques de l'homme. Masson, Paris 1932. – *Scherer*: Med. Klin. **46**, 1152 (1951). – *Schinz, Bänisch, Friedl und Uehlinger*: Lehrbuch der Röntgendiagnostik. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart 1952. – *Schlesinger*: Fortschr. Röntgenstr. **27** (1920). – *Schmieden*: Berl. klin. Wschr. **15** (1909). – *Schütze*: Dtsch. med. Wschr. **24** (1920). – *Taylor, A.*: Ann. Surg. **75**, 513 (1922). – *Zehbe*: Fortschr. Röntgenstr. **25** (1917). – *Zimmer, E. A.*: Gastroenterologia (Basel) **78**, 198 (1952).

Curriculum vitae

Ich bin am 18. August 1922 in Maienfeld (Graubünden) geboren. Hier besuchte ich die Primarschule, um anschließend in das Gymnasium der Bündner Kantonsschule einzutreten. Nach Abschluß der Maturitätsprüfung im Jahr 1942 folgten an der Universität Zürich die vorklinischen Studien, welche wiederholt durch längere Perioden von Militärdienst unterbrochen wurden. Nach den klinischen Semestern in Zürich und Genf habe ich im Herbst 1950 an der Universität Zürich das eidgenössische Arztdiplom erworben. Anschließend arbeitete ich während eines Jahres am pathologischen Institut der Universität Zürich. Seit dem 1. Juli 1952 bin ich als Assistent an der medizinischen Abteilung des Kantons-spitals Chur tätig.

